

ASSOCIATIONS WAG CHELSEA (Old Delhi) & Pacplus (Penjab pakistanais)

Sous-continent indien

Janvier 2009



Association « Tour Du Monde Des Enfants
Du Sida » (buts non lucratifs ; loi 1901)
3 allée la Boétie, 93270 à SEVRAN
contact@tourdumondedesorphelins.com

Merci à nos camarades de leurs efforts sans cesse renouvelés, afin de venir en aide aux enfants affectés ou infectés par le VIH/Sida

POINT FORT DE WAG CHELSEA & de Pacplus: Trouver des solutions adaptées aux problèmes rencontrés par les populations locales, dans une région du monde où la notion d'action concertée pour une politique globale, n'est souvent qu'une illusion en matière de politique sanitaire. Nos associations sœurs locales ont su faire face à cette situation, en mettant en œuvre une politique active, sur tous les fronts, au-delà des tabous et des préjugés mal placés. Malheureusement, il semblerait que l'ensemble de la population du sous-continent indien ne pourra bénéficier de ces initiatives extraordinaires mais néanmoins isolées, avant plusieurs années voir une décennie au bas mot.

I WAG CHELSEA | Sous-continent indien

Nom : **WAG CHELSEA** (Women's action group... Children, health, education, ladies, senior citizens, environment and awareness)

Date de création : 1992

Nombre de membres : plus de 500 enfants infectés ou affectés par le virus et leur famille

Nombre de salariés : 7 (sans compter les nombreux volontaires)

Présidente : Doe Nair

Siège : C 11 West Jyoti Nagar,

Kradma puri marg, shahadara, Delhi 110094

Tél : 0091-1122130451

Email : wagchelsea@vsnl.net / wagchelsea@yahoo.com

Website : www.wagchelsea.org

Nom : **Pacplus** (Penjab AIDS consortium - plus)

Date de création: 2006

Nombre de membres: 150 enfants affectés, 6 enfants infectés

Nombres de salariés : 4 salariés, 3 volontaires

Présidente : Shukriat Gul

Siège : 24-B (HBFC) Block A, faisal town, Lahore

Tél : 03004443648

Email : pakplus@yahoo.com

Website : www.aidsconsortium.org

PS : **Naz India** (fierté indienne, www.nazindia.org ; haresh_gupta@rediffmail.com) à New Delhi, est également l'une des associations avec laquelle nous avons collaboré de manière privilégiée. L'ensemble des informations relatives à Naz India ne sont pas compilées dans le présent rapport (aux proportions déjà conséquentes). : elles seront disponibles dans le documentaire sur les enfants du Sida, qui devraient être diffusé à la télévision française, courant 2009.

A l'occasion de ce rapport d'enquête, nous avons choisi de traiter du sous-continent indien dans son ensemble. De notre point de vue le Pakistan et l'Inde ont à faire face aux mêmes genres de problématiques dans leur combat face à la pandémie du Sida. La perspective des politiques mises en œuvre par chacun des pays permet de notre point de vue, d'ajouter à l'intérêt des informations récoltées durant ces huit semaines passées sur le sous-continent indien.

Concernant Pacplus (Penjab pakistanais : Lahore, Multan, Faisalabad etc.), cette organisation a été fondée par Madame Shukriat Gul, première femme pakistanaise à avoir révélé son statut sérologique. Pacplus bénéficie du fait de la notoriété de sa présidente, d'une liberté d'action par rapport au gouvernement pakistanais, qu'ils mettent à profit autant que possible (se reporter à la seconde partie du présent document : *l'évaluation comparative de l'action menée par Pacplus*).

Toutefois, nous aimerions ici attirer votre attention sur le fait que conformément à la situation que nous avons observé dans de nombreux pays, la volonté du gouvernement pakistanais est clairement de contrôler l'ensemble des ONGs travaillant dans le domaine. C'est ainsi que Pacplus fait partie du Penjab AIDS consortium : le PAC (structure gouvernementale regroupant 60 associations de lutte contre le Sida au Penjab, et représentant régional du PNAC : Pakistan national AIDS consortium, regroupant 350 associations pakistanaises de lutte contre le Sida).

A Lahore nous avons rencontré Saima Sakhi, assistante déléguée aux programmes du PAC. Ainsi que le Docteur Ali Razaque, directeur régional du PNAC-Penjab. Ils nous ont tout deux longuement vanté les mérites d'une telle hiérarchisation de la lutte contre le Sida dans leur pays. Ils nous ont également parlé de leur « politique de formation en cascade » : au niveau locale, ils sélectionnent la personne la plus à même d'être en mesure de reproduire et disperser le plus largement possible, la formation dont ils la font bénéficier.

Effectivement, cela nous paraît être une stratégie efficiente et économique que de promouvoir la transmission du savoir nécessaire à la prise en charge la meilleure des individus et des enfants infectés ou affectés par le VIH/Sida. Pour autant, nous ne voyons toujours pas là de justification suffisante à cette forme de mise sous tutelle des ONGs qui par définition, devraient être indépendantes du gouvernement nationale. C'est notre point de vue (NB : avant Lahore, nous avons visité d'autres organisations, tel que le centre d'aide sociale : satellite town, nord de Quetta, est du Pakistan ; la réponse est invariablement la même, ils vous renvoient tous vers les autorités « compétentes en la matière », puisqu'eux-mêmes ne sont « pas autorisés à communiquer sur le sujet » des enfants infectés ou affectés par le Sida).

Cette politique de tutelle ne nous paraît justifiée. D'autant plus que le gouvernement pakistanais ne semble pas disposé à mettre en œuvre les moyens d'une réelle politique d'envergure de lutte contre le Sida. Pour exemple, nous avons visité un hôpital de Lahore, en compagnie du directeur. Les conditions d'hygiène sont spartiates. Quant à l'hôpital des enfants, il y en a qu'un seul dans tous le Penjab : Islamabad (ce qui force certains des enfants séropositifs dont s'occupe Pacplus à Lahore ou dans d'autres villes du Penjab, à des heures de voyage parfois de manière mensuelle, dans des conditions de transport digne du début du siècle dernier).

Notons également que du point de vue de la distribution des traitements ARVs, là aussi le gouvernement pakistanais semble pêcher par un excès d'optimisme. En effet, le Pakistan applique une politique (sur laquelle là, ils n'ont pas souhaité s'étendre au PNAC) qualifiée « d'attribution par quota ». Autrement dit, les premiers inscrits sont les premiers servis. Une fois les stocks épuisés, les personnes séropositives doivent attendre le réapprovisionnement des stocks. Une situation qui expose de fait les personnes sous traitement au risque d'une résistance face aux traitements qui un jour, ne feront tout simplement plus effet sur leur organisme à force d'avoir été administrés de manière si aléatoire (le gouvernement dit fournir les traitements pour l'ensemble des enfants séropositifs *répertoriés* sur l'ensemble du territoire pakistanais).

Il faut ajouter à tout ceci, le fait que le gouvernement pakistanais, qui prétend pourtant unir les forces de toutes les associations de lutte contre le Sida dans cette partie là du sous-continent indien, ne semble pas avoir de réelle politique globale de lutte contre les préjugés et les tabous qui dans ce pays très religieux, sont la principale cause de méconnaissance des voies de transmission du virus du Sida. Il n'a pas non plus de politique de testing volontaire. Ce qui nous laisse à penser que le Pakistan est même en retard sur des pays comme ceux du Caucase par exemple, pratiquant franchement une politique de censure quant aux informations relatives au VIH/Sida, mais qui au moins encourage (voir impose) le test du Sida de manière systématique, selon la situation du patient (femmes enceintes, prisonniers etc.).

Au Pakistan la situation semble par conséquent encore plus dramatique puisque les autorités ne disposent même pas d'une estimation fiable. Au PNAC ils le disent eux-mêmes : « nous n'en savons rien, nos chiffres ne sont que des estimations ». Ils affirment d'ailleurs que ces estimations pourraient être bien en-deçà de la réalité. Ils prétendent que le Sida, tout simplement, ne se serait pas « propagé dans la population générale ». Nous ne sommes pas du tout du même avis, d'ailleurs au PNAC, lorsque nous leur avons demandé pourquoi au juste, ils n'ont même pas fait l'effort de nous fournir une explication aussi bancale soit-elle : « nous n'en savons rien », nous ont-ils simplement répliqué.

Ce sont là les raisons qui nous conduisent à douter fortement du sérieux de l'estimation du gouvernement pakistanais, quant au nombre d'enfants affectés ou infectés par le virus du VIH/Sida au Pakistan (pour plus de détails, se reporter à la suite du présent document : *les statistiques*).

Concernant l'Inde, ils sembleraient que les autorités indiennes elles aussi tentent de minimiser les chiffres relatifs au nombre de personnes séropositives (tout particulièrement ceux concernant les enfants, dont certaines organisations évaluaient le nombre il y a peu encore à près de 200.000 mineurs). Cette politique leur est d'autant plus aisée à mener, depuis qu'ils ont lancé leur programme NACO afin de centraliser les informations et disent-ils, d'apporter une aide plus ciblée aux familles touchées par le Sida.

Notons qu'ici en effet, se sont rarement des individus isolés qui sont infectés, du fait même de la structure sociétal traditionnelle en Inde, mais toute une famille qui se voit confrontée à la maladie (pour exemple, certaines femmes indiennes sachant pourtant leur mari séropositif, se tuerait plutôt que d'imposer le déshonneur à leur famille, que consisterait une demande de port du

préservatif). C'est une situation que nous avons eue l'occasion d'observer à de nombreuses reprises en Inde, notamment lors de notre visite à l'association « Jodhpur network of positive people » (l'association des personnes vivant avec le VIH/Sida à Jodhpur, ouest du Rajasthan). Un centre où nous avons eue la chance de pouvoir recueillir le témoignage de nombreuses, très nombreuses femmes et de leurs enfants (étonnamment vifs, presque militants sur ce sujet, parfois dès leur douze ans). Parfois nous avons pu également nous entretenir avec leur père (lorsqu'il était encore vivant, souvent très affaiblis pour la plupart, en stade Sida avancé pour certains). Des familles qui des années durant ont été livrées à elles-mêmes, particulièrement en milieu rural (aujourd'hui encore, il y a moins de trente centres de distribution d'ARV en Inde, pour une population dépassant le milliard deux cent mille habitants !).

Livrées à elles-mêmes, les parents et les enfants qui ont la chance de vivre près d'un centre urbain, ont pu se tourner vers l'une des nombreuses associations qui en Inde aussi font un travail absolument remarquable, souvent en direction de l'ensemble des populations les plus touchées par le virus (orphelins dont l'état leur dit qu'ils n'ont pas le droit de s'en occuper mais dont ils ne font rien pour les leur retirer dès qu'ils apprennent qu'ils sont séropositifs ; de nombreuses femmes contaminées par leur mari toxicomanes, souvent décédé, les laissant avec leurs enfants à leur seule charge ; hommes ayant des rapports avec d'autres hommes ; etc., tout ce petit monde agissant pour le bien du plus grand nombre de manière solidaire).

Pour illustrer notre propos, nous citerons WAG Chelsea : cette autre remarquable association du sous-continent indien, avec laquelle il nous a été donné de collaborer lors de notre enquête en Inde. Encore une fois, même si ces pays semblent vivre des situations politiques différentes, les organisations ont néanmoins à faire face aux mêmes types de problématiques : une volonté de taire l'ampleur du problème que pose le Sida, tout particulièrement chez les enfants ; une régionalisation à outrance qui n'est que très peu voire pas du tout supportée par une action globale, qui devrait être initiée en principe par les autorités sanitaires indiennes.

Chelsea concentre l'essentiel de ses activités dans le vieux Delhi, un quartier pauvre à majorité musulmane : deux points de détails qui auraient pu freiner l'action humanitaire de cette association sœur. Bien au contraire, Madame Doe et ses collaborateurs de WAG Chelsea ont su trouver l'approche digne et pragmatique qui leur a permis de gagner la confiance et le respect des habitants de ce quartier isolé au nord de la capitale indienne. C'est une politique qualifiée en psychologie cognitive de « pied dans la porte » : on demande peu, puis on s'arrange pour obtenir plus, un maximum de plus ! (cf. « traité de manipulation pour les honnêtes gens »)

« Toutes les femmes sont des Ladies et de ce fait elles méritent que l'on s'occupe d'elles », nous a confié Madame Doe. C'est en effet un moyen astucieux de justifier le fait que l'on puisse venir en aide à ces prostituées que bien des habitants de ce quartier sont prompts à considérer comme une fange humaine dont on ne devrait pas prendre soin. « Lorsque nous avons à intervenir dans des zones isolées comme celle du vieux Delhi, il n'est pas nécessaire de choquer les gens ». La politique de mise en confiance pratiquée par WAG CHELSEA consiste ainsi à contourner le problème : ils parlent tout d'abord, de manière informelle, de vaccination des enfants contre telle ou telle maladie bénigne (lorsqu'elle est prise en charge à temps). Puis, ils abordent le sujet des maladies sexuellement transmissibles. Enfin seulement, ils parlent aux parents du virus du VIH/Sida. Ils leur proposent un test.

Une politique de mise en *confiance de la population par paliers successifs*, qui peut prendre plusieurs mois. La lutte contre le Sida est à ce prix, dans certaines régions du monde comme en Inde où les tabous et le laissé aller des autorités durant vingt cinq ans, ont constitué le terreau bénié pour le développement d'une situation sanitaire critique.

Pour finir notre propos et afin d'illustrer la sclérose pour la lutte contre le Sida que représente les tabous et les préjugés véhiculés au sein d'une population qui n'a pas reçu l'éducation élémentaire en la matière, nous citerons un exemple vivant de courage : *Bimola*. Cette jeune indienne aujourd'hui éducatrice pour l'ONUSIDA (ONU contre la drogue et le crime), fut autrefois mariée à un toxicomane. Séropositif, son mari succomba rapidement des suites de la maladie. C'est par son mari que Bimola a été infectée. Elle vivait chez ses beaux-parents, en Inde c'est la tradition. Ces derniers l'accusèrent d'avoir infecté leur fils. Il la mire à la rue. Elle s'en retourna chez ses parents qui du fait de sa sérologie, ne lui proposèrent que la grange pour y loger. Tous les matins, elle devait utiliser la marre pour y faire ses ablutions. Les villageois finirent par la chasser de là, l'accusant de contaminer l'eau de toute la communauté. Bimola trouva refuge en ville. Pour les avoir fréquentés, nous savons combien ces « refuges » de modernité relative et d'anonymat, sont loin d'être des havres de paix.

La question est de savoir combien d'enfants, de jeunes filles, de jeunes garçons indiens auront à subir ses préjugés, avant qu'une solution volontaire, globale, sur le long terme, soit apportée au problème gigantesque que pose le Sida aux enfants et aux parents du sous-continent indien.

NB : le tableau décrit précédemment n'est pas à prendre au pied de la lettre, pour l'ensemble du territoire indien. L'Inde est un pays aux cultures diverses. Parfois les individus parviennent à construire sur leur héritage culturel afin de mettre en place une stratégie des plus efficaces dans la lutte contre le Sida. Dans l'une des régions les plus touchées par la pandémie, nous citerons l'exemple de la médecine traditionnelle Tamoule (les états du Sud sont effectivement les plus touchés, avec les états du Madhya Pradesh, de l'Uttar Pradesh, du Bengale occidental, de l'Orissa et du Karnataka où là précisément survivrait près d'un sixième de la population totale des personnes séropositives, tout âges confondus). Là, les médecins traditionnels Siddha (un nom Sanskrit, à la phonologie éponyme du virus qui occupe nos journées de travail et pour certains nos vies) ont su convaincre de manière pragmatique, de l'utilité de la prise d'un traitement classique (ARV), à une époque où (il y a une dizaine d'années de cela à peine !) les autorités encourageaient les gens à penser que le Sida était un mal venu du grand occident, que tous les séropositifs étaient des gens de petite vertu aux « pratiques condamnables ».

II Données | Historique

2.1 Données statistiques

Au Pakistan, le nombre des enfants infectés par le virus du VIH/Sida s'élèverait à quatre vingt enfants. Cependant et pour les raisons décrites plus avant, nous doutons fortement d'une telle estimation. Malheureusement, même les associations les plus téméraires critiques ces chiffres du bout des lèvres et de toute façon, du fait de cette décentralisation présentée par le gouvernement comme le meilleur moyen de lutter contre la maladie au niveau local, chacune des associations est isolée des autres et n'a aucune idée du nombre d'orphelins dont s'occupent les autres. Sans compter que les tests pour le Sida sont très rarement appliqués aux enfants au Pakistan, du fait de leur coût (tout comme c'était le cas en Russie par exemple). Autant d'éléments qui nous poussent à croire que le pire est à craindre. Il est possible que dans les années à venir, les estimations explosent en ce qui concerne les enfants infectés ou affectés par le virus du VIH/Sida au Pakistan.

Concernant l'Inde, certaines organisations estimaient il y a peu encore à près de 200.000 le nombre des enfants infectés par le Sida (avec plus de 5 millions de personnes infectés, soit le premier pays en terme de contamination devant l'Afrique du Sud). Pourtant, aujourd'hui le gouvernement par le biais de son programme NACO (un plan quinquennal de 2,5 milliards de dollars, dédié à la lutte contre le Sida) affirme que ces enfants ne sont en réalité guère plus de soixante dix mille, ce qui en soit déjà représente un chiffre effrayant.

Monsieur Krishna Gautam, directeur des programmes pour SAATHII (www.saathii.org), que nous avons rencontré à Jaipur (Rajasthan), nous a offert une explication toute prête à ce « malentendu ». Il a défendu l'idée selon laquelle par le passé, chaque association présente sur le terrain, estimait de son côté le nombre de personnes infectées qu'elle reportait aux instances internationales (toujours sans concertation aucune avec les autres organisations, pourtant présentes sur le même territoire géographique). C'est ainsi qu'un même enfant infectés par exemple, se retrouvait comptabilisé plusieurs fois, par plusieurs organisations différentes. C'est une explication plausible sur la base de laquelle les autorités sanitaires indiennes défendent désormais le point de vue selon lequel l'Inde serait non pas l'un des premiers, mais « seulement » le troisième pays en terme d'individus et d'enfants contaminés par le VIH/Sida (Avec entre 2 et 3 millions d'adultes séropositifs : une fourchette bien large en effet. Ce qui de notre point de vue, contribuerait à renforcer l'idée selon laquelle qu'aujourd'hui encore, les estimations officielles du NACO pourrait pêcher par leur excès d'optimisme).

Quelques chiffres :

- Près de 10% des enfants affectés ou infectés par le virus, sont déscolarisés. Comme nous le disions plus avant, le Sida en Inde est un drame familial, il est rare qu'un seul membre de la famille soit infectés. Dans ces familles dont plusieurs membres sont souvent affaiblis, sous traitements, parfois malades, les adultes ne peuvent subvenir seuls aux besoins financiers du foyer. Les enfants doivent être mis à contribution.

- Selon certaines études, dans certaines régions de l'Inde près de 40% des femmes prostituées seraient séropositives. Elles sont un vecteur privilégiés de la transmission de la maladie, dans un pays où elles sont une population fortement mobiles : à un niveau locales, nationales et régionales (notamment entre les états du nord et les états voisins de l'Himalaya, le Népal en particulier).
- Les deux laboratoires pharmaceutiques indiens vendent la quasi-totalité de leur production d'ARV génériques bon marché, à l'étranger. Effectivement, bien peu de pays se sont risqués à mettre en pratique l'article 4 de l'accord sur les ADPIC (aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce) signé à Doha en 2001, lors d'une réunion de l'OMC. Un accord obtenu rappelons le, au bout d'une bataille juridique farouche entre les grandes multinationales pharmaceutiques et les autorités sanitaires de pays considérés par l'ORD (organe de règlement des différends de l'OMC) en situation d'urgence sanitaire. L'attitude des laboratoires pharmaceutiques indiens, soutenus dans leur politique de profit à tout prix par leur gouvernement, sont la preuve si besoin en était que certaines institutions de pays dits en voie de développement, peuvent être aussi corrompues et vénales que certaines de nos bonnes vieilles institutions dites « occidentales » (ce terme veut-il encore dire quoique ce soit, à l'heure de la mondialisation ?). C'est d'ailleurs en substance, les propos de Madame Anjali Gopalan : fondatrice de « NAZ India », une autre association indienne du même type que Chelsea : orphelinats, programme à destination de la communauté homosexuelle, soin à domicile pour les familles confrontées au Sida d'une manière ou d'une autre, etc. Naz India est l'une des associations qui nous ont généreusement accueillies en leurs murs à New Delhi, pour le tournage du documentaire sur les enfants du Sida. Nous les en remercions.
- En Inde, les traitements dits de première ligne (aux nombreux effets secondaires indésirables) sont gratuits, dans moins de trente dispensaires qui chacun couvrent une zone géographique restreinte. Les traitements dits de « seconde ligne », pour les patients ayant développés des résistances, coûtent plus de 14.000 roupies (près de 300 dollars). L'ensemble de ces traitements est quoiqu'il en soit inaccessible aux régions rurales où le salaire moyen est d'un dollar par jour. Dans ces conditions là, on comprend (sans toutefois l'admettre comme un état de fait) que malgré toute la bonne volonté de certaines familles, les enfants séropositifs soient les derniers à bénéficier d'un traitement, d'autant plus s'ils sont orphelins. « Les enfants dont les deux parents sont morts du Sida peuvent trouver une famille, mais pour ceux qui ont hérités de la maladie c'est impossible. Même leur propre famille refuse de prendre soin d'eux. La création de centres (destinés à l'accueil des orphelins du Sida) est une nécessité », déclarait il y a encore peu l'un des responsables du NACO (propos recueillis par le Times India).
- Enfin, les ONGs elles-mêmes ne semblent pas faire du Sida chez les enfants l'une de leur priorité. Lors de rencontres interassociatives d'envergure, peu voir pas d'associations ne semble vouloir traiter de ce sujet précis. C'est le fait sur lequel a insisté tout particulièrement Rashmi P. Mohanty, directrice régionale des programmes pour CARE India (rencontré à Jaipur, Rajasthan). Notons d'ailleurs que CARE India au Rajasthan vient de se voir refusé le renouvellement des fonds nécessaires à la poursuite de son action à destination des enfants du Sida et de leur familles.

2.2 Historique

C'est en 2006 que l'association Pacplus a été créée par l'antenne locale de l'UNICEF (l'association WAG CHELSEA existe depuis 1992 ; pour de plus amples informations, merci de vous référer aux sites internet respectifs de chacune de ces deux associations).

III Évaluation de la Vulnérabilité | Les enfants du sous-continent indien.

3.1 Evaluation comparative de l'association Pacplus

Cette évaluation a été réalisée en collaboration avec Monsieur Rachid Arif Burki, coordinateur de projets pour Pacplus. Comme à l'accoutumé et pour des raisons de nécessaire concision, nous avons choisis de ne traiter que de l'action menée par Pacplus. Cela dit, Naz India tout autant que WAG CHELSEA réalise au quotidien un travail remarquable qui devrait être illustré par le travail du journaliste Sami Battikh, lors de la réalisation du documentaire à ce sujet.

Qui plus est, selon nous Pacplus est le symbole que même au sein d'un sous-continent indien dont les gouvernements ne semblent pas encore avoir pris toute la mesure de l'ampleur de la catastrophe sanitaire qui se joue en ce moment même un peu partout dans le monde, il est toutefois possible d'apporter cette aide essentielle dont ont besoin tant d'enfants affectés ou infectés par le virus du VIH/Sida.

Comment le contexte familial de l'enfant est-il pris en compte ?

Par des visites à domiciles, un suivi à l'école, ainsi que la présence de deux centres de consultation. Ainsi que par un réseau d'entraide solide, dans un pays où la communauté à vite fait de s'organiser autour d'un drame comme le Sida peut l'être, ou que ce soit dans le monde (une communauté souvent exclusivement constituée de parents concernés par le Sida, puisque là encore au Pakistan il est presque impossible de parler de sa séropositivité).

Comment la nutrition des enfants est-elle évaluée ?

L'association dispose d'un programme de soutien alimentaire aux familles (en particulier de distribution de lait aux mères ayant des enfants en bas âge).

La faim est-elle un problème à gérer auprès de ces populations ?

Non, de très nombreuses ONGs font le nécessaire pour que personne ne manque de l'essentiel, en particulier dans les grandes villes du Pakistan.

La déscolarisation forcée ou le refus de scolarisation sont-ils encore un problème ?

Oui, l'association a été confronté à deux cas de refus de scolarisation en raison du statut sérologique de l'enfant (rappelons que Pacplus prend en charge 6 enfants séropositifs).

Comment apprenez-vous aux enfants à faire face aux problèmes de drogues, de prostitution, de violences diverses dues à leur maladie ?

De nombreux enfants ont l'un des deux parents, parfois leurs deux parents qui sont dépendants à une drogue au moins. L'association est là pour leur fournir l'éducation qui leur est nécessaire afin de faire face à cet aspect particulier de leur vie de famille. Il est à noter également que certains enfants de Pacplus sont enfants de prostitués.

Les conflits armés ?

Non, pas à leur connaissance.

Existe-t-il un suivi sous forme de fiche personnalisée ?

Oui, c'est un système mis en place par l'UNICEF dès la création de l'organisation.

3.2 Détermination du taux de vulnérabilité

Lors de la présente étude effectuée à l'occasion de ce tour du monde des enfants du sida, nous avons choisi de nous appuyer sur une étude précédemment réalisée par Sandrine Dekens auprès des *orphelins et enfants vulnérables* (OEV).

L'approche proposée par Dekens consiste à cibler de manière rationnelle les services rendus aux enfants, en fonction des besoins identifiés au préalable. La prise en charge que propose Dekens est holistique et transversale, elle permet d'avoir un regard global sur l'aide véritablement apportée et d'en rationaliser les coûts.

L'analyse des risques auxquels sont exposés les enfants dans un contexte donné permet d'identifier les grands domaines de la vulnérabilité. C'est ainsi qu'il a été proposé d'identifier trois types de vulnérabilité des enfants et de baser les interventions de terrain dans ces trois domaines :

Vulnérabilité	Médicale et Sanitaire	Socio-économique	Psychologique
Forte	VM3	VS3	VP3
Moyenne	VM2	VS2	VP2
Failbe	VM1	VS1	VP1

Exemple de calcul du taux de vulnérabilité :

- Paul Dumond est orphelin, il a perdu ses deux parents, il est infecté lui-même par le VIH et vit dans la rue. Il doit être classé en grande vulnérabilité dans tous les domaines (VM3 + VS3 + VP3).
- Mathilde Smith est déscolarisée, elle vit une mère isolée, elle est en bonne santé et vend au jour le jour du bois de chauffe. Elle sera classée à différents niveaux dans les 3 domaines (VM1 + VS2 +VP2)

Prénom	Nom	VM	VS	VP	Taux de Vulnérabilité
Paul	Dumond	3	3	3	9
Mathilda	Smith	1	2	2	5
etc...					0